N° 88.

4

ESSAI

SUR

LE BEC-DE-LIÈVRE.

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER,

LE 27 JUILLET 1836,

PAR

JOSEPH-MARIE-LAURENT LONG,

de Toulon (Var),

DOCTEUR EN MÉDECINE,

CHIRURGIEN DES HOSPICES CIVILS DE TOULON, EX-CHIRURGIEN DE LA MARINE ROYALE;

Pour obtenir le Grade de Docteur en Chirurgie.

> Voyez leurs pieds et leurs mains percés, leurs côtés ouverts, leurs têtes couvertes de plaies. Sous la terre on leur a creusé un vaste sépulcre, et on les y a jetés pêle-mêle.
>
> De la Mennais, *Paroles d'un Croyant.*

A MONTPELLIER,

Chez Jean MARTEL Aîné, Imprimeur de la Faculté de Médecine,

près l'Hôtel de la Préfecture, N° 10.

1836.

A MON BEAU-FRÈRE

FRANÇOIS JUGLARD,

NOTAIRE-CERTIFICATEUR A TOULON.

Amitié inaltérable.

A MON AMI LÉVESQUE,

Ingénieur de la marine au port de Toulon.

Souvenir.

A mon confrère Mauduit,

CHIRURGIEN ENTRETENU DE LA MARINE MILITAIRE,

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.

Souvenir d'amitié.

LONG.

INTRODUCTION.

La chirurgie, cette partie si efficace de l'art de guérir, dans laquelle on ne voit pas les théories les plus hypothétiques remplacer les théories jusqu'alors en faveur, à laquelle on ne peut pas refuser le titre de science positive, mathématique, vient offrir ses secours si précieux à l'être humain aussitôt sa sortie du sein maternel. L'accouchement n'est-il pas souvent une opération toute chirurgicale? Mon projet n'est pas d'entrer dans les détails qu'il réclame, ni de parler de la séparation du cordon du placenta, ni de la nécessité de l'application sur ce cordon d'une ligature placée à deux, trois ou quatre travers de doigt de la surface de l'abdomen. Les hémorrhagies qu'on a vu survenir à la suite de cris violents, d'une constriction trop forte sur le thorax et l'abdomen, ont montré l'erreur de ceux qui pensaient que le resserrement des artères ombilicales, le cours nouveau que prenait le sang, suffisaient pour rendre cette dernière opération inutile.

Je me bornerai à jeter un coup-d'œil sur les divers cas de vices de conformation acquis congénialement, qui réclament alors, ou plus tard, les secours du chirurgien, me réservant de m'occuper d'un des principaux d'une manière plus spéciale.

Le travail organique, qui doit par un développement successif amener l'ovule arrivé dans la matrice à l'état de fœtus à terme, peut présenter, pendant sa durée, des aberrations variées, qui, chez l'être qui les aura subies, donneront lieu à ces anomalies de conformation d'un ou de plusieurs organes, qu'on a désignées par les noms de monstruosités, de déviations organiques.

Leur nombre considérable a donné lieu à des classifications savantes et surtout fort nombreuses. On a été conduit, par les travaux des pathologistes modernes, à admettre certaines règles qui donneraient la cause de l'existence de ces aberrations avec une vraisemblance bien séduisante : ainsi, les organes seront imparfaits ou absents, lorsqu'il y aura eu une sorte d'arrêt dans leurs évolutions pendant le cours de la vie intrà-utérine.

Un excès d'énergie, dans ce qu'on appelle la force formatrice, expliquera aussi l'excès du développement en grandeur ou en nombre qu'offriront ces organes.

Les monstruosités consistant en modifications diverses, dans la situation ou la direction des organes, dépendraient d'une simple perversion organique, sans qu'on puisse les rattacher à l'une ou à l'autre des deux grandes classes, par excès ou par défaut de développement.

Les différences que ces altérations de structure apportent dans la viabilité du nouvel être, sont immenses. Souvent la mort instantanée sera le résultat de sa séparation d'avec la mère, incapable de vivre d'une vie qui lui soit propre : ce n'était qu'un produit anormal, se développant aux dépens de l'être auquel il était inséré. Ce sont les cas où il y a absence d'organes essentiels, ou, à bien dire, avortement de ceux-ci.

Dans d'autres circonstances, une existence éphémère viendra affliger, pendant un temps varié, la vue des êtres que les liens de convenance lui auront attachés. Ici viendront se ranger quelques modifications qu'un arrêt de développement apporte dans un organe important, et encore ces êtres dans lesquels une multiplication insolite de parties semble le résultat du développement plus ou moins imparfait de deux fœtus.

Enfin, dans un bien plus grand nombre de circonstances, dans celles proportionnellement bien plus nombreuses où l'évolution ne s'est pas écartée de ses lois normales, dans ce qu'elles ont d'essentiel pour la viabilité, l'individu parcourra les phases ordinaires de l'existence, restant un objet de dégoût ou de curiosité pour ceux qui l'approcheront, ou gardant, à bien dire, ignorée une déviation insignifiante.

Certes, il n'aurait pas grand sujet de se plaindre de son organisation, celui qui aurait un doigt ou un orteil en plus ou en moins !

Ces légères incommodités pourront encore être allégées par le secours de la chirurgie, à la puissance desquelles pourront même devoir l'existence, quelques-unes de ces victimes de l'incertitude passagère des lois qui président à la confection de la machine humaine.

C'est surtout dans les cas de séparation des parties qui doivent être réunies, ou de réunion des parties qui, dans leur conformation naturelle, doivent être séparées, que la chirurgie nous offre des ressources puissantes. Dans la nomenclature nouvelle qu'a proposée M. Breschet, ces classes de monstruosités se trouvent rangées dans l'ordre des agénèses, ou déviations organiques, avec diminution de la force formatrice.

Les premières appartiennent au genre des diastémasies, ou déviations avec fissures, ou fente sur la ligne médiane du corps ; les secondes au genre des atrésies, ou déviations organiques avec imperforation.

Sans employer les mots nouveaux que propose l'auteur que je viens de nommer, et dont l'usage n'est pas généralement adopté, je citerai les cas dans lesquels les moyens chirurgicaux sont plus fréquemment appelés à réparer les erreurs du développement et à en prévenir les dangers.

Ainsi dans le premier genre se trouveront :

Le bec-de-lièvre,
La division de la langue sur la ligne médiane,
Celle du voile du palais,
L'exomphalie.

Dans la deuxième nous aurons :

La sénézizis,
L'ankyloblepharon,
L'ankyloglosse,
Le phimosis.

Les imperforations du conduit auditif, des narines, de la bouche, de la vulve, de l'urètre et du prépuce, enfin du rectum.

Avoir énuméré ces divers cas, c'est avoir indiqué les bases des opérations qu'ils réclament : réunir les parties divisées dans la première classe, rétablir dans la seconde les orifices qui manquent, sont les indications à remplir ; indications qui, si elles présentent peu de difficultés le plus souvent, peuvent aussi se trouver impossibles. Les insuccès nombreux, qui ont dans beaucoup de circonstances suivi les tentatives pour obvier à l'imperforation de l'anus, nous en offrent un exemple.

On concevra l'importance de ces opérations diverses, si l'on considère que, par leur secours, les obstacles qui s'opposaient à la respiration, à l'ingestion des aliments se trouveront détruits ; qu'elles préviendront les accidents mortels qui suivraient la rétention du méconium, et l'impossibilité de la défécation ; et qu'enfin par elles les sens si importants à l'homme lui seront rendus, en détruisant cette sorte de voile plus ou moins épais, qui mettait obstacle à leurs développements et à leur usage.

C'est en passant en revue les formes diverses sous lesquelles se présente la première espèce de monstruosités que j'ai citées, *le bec-de-lièvre*, en indiquant les moyens variés qui ont été mis en usage pour rappeler les parties à leur état normal, que j'entrerai dans des détails plus spéciaux.

ESSAI

SUR

LE BEC-DE-LIÈVRE.

Parmi les affections qui viennent menacer la première enfance, et peuvent être une cause d'arrêt de développement, et même de mort pour elle, se présente le bec-de-lièvre; cette affection dans laquelle une des lèvres se trouve divisée en deux ou trois parties, dont la réunion ne peut se faire qu'à l'aide d'une opération préalable. Cette solution de continuité peut venir encore, dans quelques circonstances que nous spécifierons, atteindre l'homme dans une période plus avancée de sa vie, par suite d'une lésion quelconque de cette partie. Dans le premier cas, le bec-de-lièvre est dit congénial; dans le second, accidentel.

Ce dernier qu'avec quelques auteurs nous ne considérerons pas en récent et en ancien, puisque ce n'est que lorsque les deux bords de la solution de continuité se sont cicatrisés à part, qu'on doit le nommer bec-de-lièvre, résulte rarement de plaies simples, de plaies contuses à de faibles degrés, puisque alors la réunion est toujours facile; mais plus souvent on la voit suivre des coups de feu au visage, des affections gangréneuses, telles que la pustule maligne, le charbon, etc. etc., qui

font si souvent éprouver aux lèvres et aux joues des pertes de substance plus ou moins considérables.

Le bec-de-lièvre accidentel qu'on rencontre à la lèvre supérieure ou inférieure, certaines fois à toutes deux, varie beaucoup dans le point de la lèvre qu'il occupe, et dans la direction qu'il peut affecter. Les bords seront tantôt droits et réguliers, tantôt irrégulièrement configurés. Dans tous les cas, une cicatrice blanchâtre plus ou moins épaisse les recouvre, et non cette pellicule molle et rosée que nous remarquons dans le bec-de-lièvre naturel. Une différence qui éloigne encore ce caractère de ceux de ce dernier, sont ces pertes de substance plus ou moins grandes qui peuvent l'accompagner, et auxquelles on a vu se joindre des adhérences plus ou moins fortes avec le bord alvéolaire correspondant.

Ainsi le bec-de-lièvre naturel ou congénial n'a avec celui dont nous venons de parler, que le rapport d'être comme lui une solution de continuité permanente de l'une des lèvres. Les causes de celui-ci ne sont pas bien précises. Long-temps on a cru avec Meckel, qu'un arrêt de développement, empêchant la réunion des diverses parties osseuses qui composent l'arcade alvéolaire supérieure, faisait participer les parties molles qui les recouvrent à cette difformité ; mais la théorie de Meckel sur ce point d'embryogénie n'a pas été adoptée par tous ; et M. Velpeau, dans les nouveaux éléments de médecine opératoire, regarde ces divisions, que Meckel dit constantes, dans l'état normal, comme produites par quelques maladies bien plus souvent que par le défaut d'évolution naturelle. Cette affection congéniale ne se présente presque jamais qu'à la lèvre supérieure, et même ce n'est qu'avec doute qu'on admet les observations présentées par quelques auteurs du bec-de-lièvre congénial existant à la lèvre inférieure. Dans quelques cas, la lèvre se trouverait divisée dans un seul point de son étendue, et alors la fente est presque toujours placée sous l'une des ouvertures des narines avec laquelle elle se continue : c'est le bec-de-lièvre simple ; il est double, lorsque la lèvre se trouve divisée en trois parties. La partie moyenne est alors entièrement isolée des deux autres qui s'étendent jusqu'aux ouvertures des narines, ou bien elle leur est continue

dans sa partie la plus élevée ; cette partie moyenne peut être formée par un prolongement cutané et muqueux, et par les muscles naso-labiaux, constituant tantôt une sorte de lambeau triangulaire plus ou moins large, qui a sa base en haut, dont le sommet arrondi descend jusqu'au niveau du bord libre de la lèvre ; tantôt il n'offre plus qu'un mamelon charnu, tenant par une base fort étroite ou même par une sorte de pellicule à la sous-cloison du nez et au tissu gencival.

La fente qui constitue le bec-de-lièvre naturel est verticale ; une membrane rouge et molle, semblable à celle de l'ouverture de la bouche, recouvre les bords ; ceux-ci assez épais et arrondis forment, avec le bord libre de la lèvre correspondante, un angle ou droit ou légèrement obtus, et sont toujours séparés par un intervalle qui laisse voir une partie du rebord alvéolaire et les dents incisives lorsqu'elles sont sorties. Cet intervalle, qui augmente dans les divers mouvements des muscles des joues, n'est pas, comme on l'avait pu croire, dû à une véritable perte de substance, mais bien à la déviation de la lèvre avec écartement des bords de la fente : cette dernière opinion est celle de Louis, Franco, Ambroise Paré et autres.

De nombreuses complications étrangères à la lèvre elle-même, mais dépendantes de conformation vicieuse des parties placées derrière elle, aggravent quelquefois le pronostic du bec-de-lièvre congénial. Ainsi, la déviation des incisives ; la séparation d'avec les os maxillaires supérieurs de la portion osseuse qui les soutient, désigné sous le nom d'*os incisif ;* l'écartement des deux moitiés de la voûte palatine, soit en avant seulement, soit dans toute son étendue ; la division du voile du palais avec ou sans cette séparation, viennent, dans quelques cas, compliquer cette maladie. Une difformité des plus choquantes dans le bec-de-lièvre double, et qui l'est encore davantage selon la gravité et l'étendue de ces complications, est cependant un des moindres inconvénients de cette anomalie.

Dans le bec-de-lièvre de la lèvre inférieure que nous avons dit être presque toujours accidentel, la prononciation est gênée, mais encore il se fait une perte de salive, quelquefois tellement considérable, que l'on a vu la digestion s'altérer, des accidents graves, le marasme sur-

venir, et réclamer le prompt rétablissement de la continuité de la lèvre, ou l'adoption d'une lèvre artificielle.

Les inconvénients du bec-de-lièvre de la lèvre supérieure sont d'une autre nature ; ils se montreront, soit immédiatement après la naissance, soit après une époque plus avancée. C'est presque exclusivement au bec-de-lièvre compliqué de l'ouverture de la voûte palatine, avec ou sans division du voile du palais, que ses inconvénients sont bornés. En effet, un peu de gêne dans la succion qui est surmonté facilement, et plus tard un léger embarras dans la prononciation, accompagnent seuls le bec-de-lièvre ordinaire, simple ou double, lors même qu'il serait accompagné de la saillie de l'os incisif ; mais il n'en est pas de même s'il y a communication entre les cavités buccales et nasales : ce n'est alors qu'avec une extrême difficulté que l'enfant peut exercer la succion. Une partie du lait pénètre dans les narines, et s'écoule au-dehors par l'ouverture antérieure de ses fosses ; à plus forte raison s'il y a division du voile du palais avec écartement des deux moitiés de la voûte palatine. Dans ce cas, la bouche, le pharynx, les fosses nasales, ou une seule si la cloison existe, ne font plus qu'une cavité, et l'enfant est exposé à périr. Si, par les soins les plus attentifs, à l'aide d'une alimentation artificielle, on parvient à l'élever, d'autres inconvénients l'attendent plus tard. Ainsi, il ne pourra prendre aucun aliment solide ou liquide, sans qu'une partie ne pénètre dans les cavités nasales ; le timbre de la voix, l'articulation des sons offriront une altération si grande, qu'il aura beaucoup de peine à être compris ; la faculté de siffler, de jouer des instruments à vent lui sera aussi interdite.

Opération. Il n'est qu'un seul remède à ces inconvénients graves : c'est une opération par laquelle les bords de la division sont avivés, transformés chacun d'eux en une surface saignante, mis en contact et maintenus dans cet état pendant le temps nécessaire à leur adhésion. Les moyens employés ne sont pas tous les mêmes ; mais avant de les examiner, il devient nécessaire de choisir l'époque à laquelle on doit opérer. Ne se montrant guère que chez des sujets plus ou moins avancés en âge, le bec-de-lièvre accidentel présente pour indication

d'être opéré dès le moment qu'il existe ; mais il n'en est pas de même du bec-de-lièvre congénial : les uns ont voulu opérer dès les premiers mois de la vie, d'autres attendre l'âge de raison. Les partisans de cette dernière opinion, parmi lesquels se placent Dionis et la plupart des chirurgiens du dernier siècle, font valoir pour sa défense que le très-jeune enfant est incapable de se prêter aux précautions qui sont nécessaires ; les cris, les mouvements auxquels il se livre dès qu'on l'aborde, la frayeur que lui cause la simple vue de ceux qui l'ont approché pendant l'opération, en compromettent la réussite. Les tissus peu consistants, éminemment sécables, se déchireront à la moindre traction sous l'effort des aiguilles ; la réunion sera encore plus ou moins gênée par la présence de la langue, qui, par suite des mouvements de succion, vient se placer entre les lèvres ; enfin, dit Lassus, l'amaigrissement si rapide, qui est souvent le résultat de la diète absolue de rigueur pendant les premiers jours, rend les joues de l'enfant tellement flasques, que toutes les parties de la suture en sont relâchées. Par contraire, Busch de Strasbourg, Room-Huysen, Sharp, Ledran, Heister, adoptant l'opinion opposée, répondent que la privation du sommeil plusieurs jours à l'avance, les opiacés donnés peu avant de l'opérer pour qu'il s'endorme immédiatement après, préviennent les cris et les mouvements du sujet ; qu'un enfant d'un âge plus avancé est souvent plus difficile à contenir que celui qui est à la mamelle : ce dernier est tout-à-fait étranger à la crainte, tandis que l'idée de la plus légère souffrance vient épouvanter l'autre ; enfin, si les tissus sont plus faciles à déchirer chez le premier, l'agglutination en est aussi et plus prompte et plus sûre. Dans les cas de bec-de-lièvre simple, tant que l'enfant est encore incapable de parler, il importe peu que sa guérison soit retardée de quelques années ; plus tard, la difficulté qu'il éprouve à s'exprimer, les railleries de ses camarades, le sentiment de son infirmité lui inspireront naturellement le désir d'en être guéri : les prières et les menaces de ses proches hâteront cette détermination, et la diète sera aussi bien plus supportable. Mais les circonstances ne sont plus les mêmes, s'il existe simultanément un écartement de la voûte palatine, accompagné ou non de la

division du voile du palais. La gêne de l'alimentation, l'écartement plus grand des os qui devient à craindre, l'arrêt de l'intelligence qui suit la gêne de la prononciation, sont autant d'arguments qui alors doivent hâter l'opération. Les premiers mois de la vie peuvent alors être choisis ; la pratique journalière des chirurgiens anglais, les succès obtenus par Bell, Ledran et autres sur des enfants âgés seulement de quelques jours, de quelques semaines ou de quelques mois, et les exemples que récemment a publiés M. le professeur Delmas de Montpellier, militent fort en faveur de cette opinion.

Avant l'opération, quelques moyens préparatoires ne doivent pas être négligés. Si le bec-de-lièvre est simple, il suffit d'une bonne santé, de l'absence de coryza, d'angine, de coqueluche pour éviter les inconvénients, les secousses que déterminent la toux et l'éternuement. S'il existe entre les bords de la division un écartement trop grand, un bandage unissant devra être appliqué quelques jours avant l'opération, pour habituer les parties à la gêne qu'elles devront éprouver. Si les os incisifs et les dents qu'ils supportent font une saillie en avant, il faut faire disparaître cette complication avant d'opérer. Ce n'est pas sans inconvénient qu'on pourrait, à l'aide de tenailles tranchantes, enlever les portions osseuses, pratiquer l'extraction des dents déplacées. Il est vrai qu'avant l'époque de la dernière dentition l'évulsion des dents est de peu d'importance ; il vaut cependant mieux, à l'aide d'un fil de soie ou de métal, fixé sur les dents voisines, chercher à les ramener à leurs positions normales. Si l'on enlevait les os incisifs, les inconvénients augmenteraient encore ; ainsi, le bord alvéolaire rétréci, les dents des deux mâchoires ne se correspondant plus, la mastication sera gênée. Aussi doit-on toujours, avant d'en venir là, chercher par la compression à les repousser en arrière ; l'isolement presque complet de ces os en bas, la mobilité qui s'observe souvent dans leur insertion supérieure, ont souvent fait réussir cette manœuvre. Lorsque dans le bec-de-lièvre double la portion médiane est très-petite, qu'elle est recouverte en totalité par une membrane rouge, on doit en pratiquer l'excision. Ce n'est qu'après que l'irritation, déterminée par les opérations préliminaires, est dissipée, qu'on passera à l'opération prin-

cipale. L'écartement souvent énorme des deux parties de la voûte palatine pourrait faire douter grandement du succès de l'opération, si l'expérience ne venait démontrer que, si cette circonstance a pu faire naître quelques difficultés pour le rapprochement des deux parties de la lèvre, quelque crainte sur l'emploi de la suture, il est remarquable que, par le seul fait de la réunion de la lèvre, on a vu les deux moitiés de la voûte palatine se rapprocher à tel point, que toute communication entre les cavités buccales et nasales cessait entièrement, au point qu'on était porté à regarder la division du palais comme l'effet de celle de la lèvre. Sans doute les muscles des joues dont l'action se trouve changée dans son mode, sont les agents de cette modification si avantageuse, à laquelle concourt encore cette pression modérée, mais constante et régulière, que la lèvre rétablie dans sa continuité exerce sur toute la face externe des os. Des bandages compressifs, soit au-dessous de la pommette et sur la peau, comme le conseillent Jourdain et Levrette, soit même d'une manière plus immédiate sur les arcades alvéolo-dentaires, comme l'a pratiqué M. Roux, viennent aider ce résultat avantageux, qui, du reste, ne s'établit pas dans tous les cas et d'une manière prompte, puisqu'il a fallu des mois, des années pour l'obtenir, et même on a pu échouer, surtout si l'opération est faite sur la lèvre à une époque trop éloignée de la naissance. Un obturateur devient alors indispensable pour pallier les incommodités qui résultent de la persistance de ce vice de conformation.

Lorsque, par les soins que je viens d'indiquer, par ces opérations que je pourrais dire préparatoires, on a suffisamment disposé son malade, on en vient au but principal, à l'opération.

Soit pour les diverses manœuvres qu'elle exige, soit pour le pansement qu'elle réclame, on disposera dans un appareil, d'abord une airigne, une pince à pansement ou à dissection, une paire de ciseaux à bec-de-lièvre, un bistouri droit, une plaque mince de bois ou de carton, trois, quatre ou six aiguilles préparées, un fil ciré simple, long de deux à trois pieds, un second fil composé de deux à trois brins et plus long du double que le premier, de petits rouleaux de diachylon ou de linge pour mettre sous l'extrémité des aiguilles, un mince plu-

masseau de charpie enduit de cérat, deux compresses un peu plus longues que larges, en six ou huit doubles, pour être appliquées sur les joues, une bande large d'un pouce, roulée à deux globes et assez longue pour faire quatre ou cinq fois le tour de la tête, une fronde, enfin, des bandelettes agglutinatives en cas qu'on ne veuille pas employer le bandage.

L'avivement des lèvres de la solution de continuité d'abord, puis le rapprochement, le contact immédiat de ces lèvres ainsi avivées, sont les deux temps qui scindent en deux parties bien distinctes l'opération du bec-de-lièvre. Diverses méthodes ont été mises en usage pour l'avivement des bords de la fente. Il en est plusieurs tombées en désuétude : l'application du cautère actuel, celle des caustiques liquides qu'on employait pour obtenir ce résultat, sont rejetées de nos jours. Ainsi, avec Thévenin, on ne touchera plus la surface arrondie des bords de la solution de continuité avec du beurre d'antimoine pour attendre la chute des escharres afin de réunir. Fabrice d'Aquapendente coupait les tissus avec un couteau de bois dur, trempé dans l'eau régale ; un couteau rouge de feu avait été aussi mis en usage ; les parties à réunir avaient été aussi couvertes d'une substance vésicante : non-seulement ces moyens divers retardaient la guérison, mais celle-ci n'était le plus souvent qu'incomplète, les bords épais et arrondis n'ayant pu se toucher que par une surface trop étroite, laissant en devant et en arrière de la lèvre une rainure plus ou moins profonde, et sur le bord libre de celle-ci une échancrure plus ou moins grande; aussi est-ce à la résection de chacun de ces bords qu'on a exclusivement recours aujourd'hui. Le bistouri ou les ciseaux sont les instruments employés pour l'exécuter, et cela l'un ou l'autre indifféremment. Le reproche qu'on avait fait aux derniers de mâcher, de contondre la plaie, de causer une douleur plus intense, n'a plus de valeur s'ils sont bons et d'une force suffisante, depuis que Bell, ayant, dans un cas de bec-de-lièvre double, opéré d'un côté avec les ciseaux, de l'autre avec le bistouri, vit la douleur être aussi grande, la cicatrice aussi prompte, aussi nette d'un côté que de l'autre.

Pour pratiquer cette résection, on place le malade sur une chaise

ou sur les genoux d'un aide qui le maintient immobile ; un autre aide, placé derrière, fixe la tête et pousse en même temps les joues en avant, cherchant à comprimer les artères maxillaires externes à leur passage au-devant du muscle masséter. L'opérateur s'assied devant le malade. Il n'est pas toujours facile de maintenir fixe et suffisamment tendue chacune des deux portions de la lèvre qu'on a à réséquer ; aussi a-t-on proposé, pour remplir ce but, des moyens variés plus ou moins ingénieux. Ainsi on peut se servir d'une petite pince airigne à quatre crochets avec laquelle on saisit l'angle inférieur de chacune des deux portions de la lèvre. Dubois et Dupuytren engageaient, avec une petite aiguille courbe, une anse de fil dans les deux angles inférieurs de la division. Dans le même but, surtout lorsqu'on opérait avec le bistouri, on employait autrefois des moreilles, sorte de pince en bois, dont le bord postérieur, un peu plus large que l'autre, recevait la pointe du bistouri, après que la portion de la lèvre à exciser se trouvait convenablement saisie. Enaux de Dijon voulait qu'on fixât les deux bords de la lèvre sur une plaque de liége, sur laquelle le bistouri trouvait un point d'appui, à l'aide de trois aiguilles placées, l'une immédiatement au-dessus de la commissure du bec-de-lièvre, les deux autres dans l'épaisseur des angles arrondis qui terminent la division. Une précaution que je ne dois pas passer sous silence et qui doit précéder l'emploi de ces moyens de tension, consiste à couper avec la pointe d'un bistouri le frein ou le repli de la membrane muqueuse qui fixe la lèvre au bord alvéolaire ; cette dissection doit être étendue jusques au-dessus de l'angle de réunion des deux bords de la division, jusques au point où doivent se rencontrer les deux incisions. Si ce sont les ciseaux dont on a fait choix pour opérer, on fera agir l'instrument avec la main droite pour les deux côtés, en commençant par le côté gauche de la division ; fixant ce bord à sa partie inférieure par l'un des moyens que j'ai indiqués, ou le saisissant immédiatement avec le pouce et l'indicateur de la main gauche, placés le premier en dessus, le second en dessous, on embrasse la lèvre entre les deux lames de l'instrument et on la coupe obliquement de bas en haut et de dehors en dedans, et d'un seul trait, autant

qu'on le peut, jusques au-dessus de l'angle supérieur de la fente, de manière à en faire une plaie fraîche, droite, régulière, taillée à pic. Sans s'occuper à enlever le lambeau qui résulte de cette première incision, on opère d'une manière analogue sur l'autre côté pour en obtenir un second, avec cette différence que si on se servait des doigts, immédiatement l'indicateur serait placé sur la lèvre, et le pouce au-dessous, et qu'au lieu d'être placés sur le bord même de la division et en dedans de la ligne sur laquelle doit porter l'instrument, on les placerait en dehors de cette ligne. Si on se sert pour fixer la lèvre de la pince airigne ou de tout autre moyen analogue, on la confierait à un aide. Dès que la section est terminée et réunie à angle aigu avec la première, les deux lambeaux tombent ; quelquefois il reste à détacher quelques tissus muqueux ou autres qui les fixent encore au tissu des gencives.

Si c'est du bistouri dont on veut se servir, on doit, pour donner un point d'appui à l'instrument, placer d'abord sur le bord gauche de la division et au-dessus de la commissure, un morceau de carton ou une petite lame de bois. Ce bord tendu et fixé sur ce corps solide avec le pouce gauche qu'on appuie sur l'angle inférieur, est divisé dans toute son épaisseur, obliquement de haut en bas et de dedans en dehors, par le bistouri conduit par la main droite, et dont la pointe est plongée au-dessus de la commissure de la fente. Pour obtenir le second lambeau, le corps qui sert de point d'appui est placé sous la portion droite de la lèvre, le bistouri saisi avec la main gauche, tandis que la droite sert à assujettir les parties, divise les tissus de la même manière que pour l'autre lambeau jusqu'au bord libre de la lèvre.

Quel que soit l'instrument qu'on ait préféré, il faut un peu anticiper sur la peau en enlevant toute la portion arrondie qui est revêtue d'une pellicule rouge, et comprendre dans la section tout l'angle tronqué qui réunit chacune des deux parties du bord libre de la lèvre avec le bord correspondant de la fente anormale.

Les bords de la section que l'on vient d'opérer doivent être coupés très-carrément et de même dimension. La coaptation exacte des deux lèvres de cette division suffit pour arrêter l'écoulement du sang qu'on

voit jaillir ordinairement avec assez de force des artères coronaires dont les rameaux ont été coupés. Cette coaptation, dans le bec-de-lièvre congénial, rarement présente des obstacles bien difficiles à surmonter. Pour aider au rapprochement des deux parties de la lèvre, pour augmenter l'extensibilité des tissus, Celse avait conseillé des incisions en forme de croissant à l'intérieur des joues; Guillemeau, Thévenin et Manget avaient prescrit dans le même but des incisions de même forme à la peau même. Mais il est rare que ces moyens soient nécessaires; tout au plus si le bec-de-lièvre accidentel offrait dans le rapprochement des difficultés qu'on surmonterait bien mieux alors par la dissection de la lèvre et des joues d'avec l'os maxillaire, ainsi qu'on est bien souvent obligé de le faire après l'ablation de certaines tumeurs cancéreuses des lèvres: c'est le moyen qu'avait conseillé Fabrice d'Aquapendente, ainsi que plusieurs autres auteurs. Le contact exact et régulier des parties avivées, maintenues solidement pendant le temps nécessaire à leur adhésion complète, devient indispensable pour le succès de l'opération. Ici les emplâtres agglutinatifs ne pourront plus suffire; l'action musculaire surmonterait leur résistance, les parties maintenues seulement en avant s'écarteraient plus ou moins en arrière, la cicatrice n'offrirait plus une solidité assez grande, une échancrure resterait sur le bord libre de la lèvre. Les mêmes motifs feront exclure le bandage unissant, quelque grand que fût le soin avec lequel on pourrait l'appliquer. Aussi la suture est-elle de nos jours un moyen de nécessité absolue pour obtenir une coaptation exacte, et éviter toute difformité possible. En effet, par son moyen, ces deux bords sont mis en contact dans tous les points de leur épaisseur; on ne voit lui succéder ni gouttière en dedans de la lèvre, ni échancrure inférieure; on peut même par son moyen parvenir à former le petit bouton qui existe naturellement au milieu du bord libre de la lèvre. La suture enchevillée que Louis enseignait dans ses cours d'opération, celle entrecoupée ont été mises en usage; mais la plus avantageuse, celle qui réussit le mieux est la suture entortillée, dans laquelle les aiguilles et les fils concourent à opérer une coaptation parfaite. Pour la pratiquer, diverses espèces d'aiguilles ont été mises en usage : on en a employé de flexibles en

argent, armées d'une pointe d'acier, ou bien qu'on passait à l'aide d'une lardoire, comme l'avait indiqué Jean-Louis Petit. Les aiguilles inflexibles sont bien préférables ; on en avait fabriqué avec une pointe amovible sur la tige, qu'on pouvait en dégager après l'introduction de l'instrument. Divers métaux ont encore servi à leur préparation : on a eu recours à l'or, à l'argent, à l'acier ; on a aussi proposé de longues épingles d'Allemagne, dont on a soin d'aiguiser la pointe, et qui sont retirées du côté par lequel on les a introduites. Celles en acier, les plus usitées aujourd'hui, ont un corps cylindrique ; elles sont dépourvues de tête, pour qu'on puisse les retirer par le point opposé à leur entrée. Leurs pointes sont en fer de lance aplaties, très-acérées, tranchantes sur les bords ; mais si leur introduction est facile, l'oxide qui s'est formé à leur surface en rend souvent l'extraction pénible, inconvénient que ne présentent pas les aiguilles en argent et les épingles en cuivre étamé.

Pour les appliquer, le chirurgien, si le bec-de-lièvre est médian, saisit le bord gauche de la division avec la main gauche, le tire en bas et y enfonce une première aiguille à trois lignes de la plaie, à une demi-ligne ou une ligne au-dessus du bord libre de la lèvre, la porte obliquement en dedans, en arrière et en haut, la fait sortir entre le quart postérieur et les trois quarts antérieurs de l'épaisseur de la lèvre, à une ligne et demie au-dessus du point de son entrée ; il saisit alors le bord droit de la division, l'affronte exactement contre le gauche, relève le talon de l'aiguille et l'y enfonce, en lui faisant parcourir le trajet que je viens d'indiquer, mais en sens inverse ; on décrit ainsi avec l'instrument une ligne courbe dont la convexité est en haut, ramenant ainsi en bas une portion du milieu de la lèvre qui vient y faire une saillie légère, analogue à celle qu'elle présente ordinairement. L'aide embrasse cette aiguille avec la plus petite anse de fil et tire la lèvre en bas. L'opérateur introduit à trois lignes au-dessus de la première une seconde aiguille, sans lui faire décrire de courbe ; une troisième aiguille est ensuite placée de la même manière pour assurer la réunion de l'angle supérieur de la plaie : on termine la suture par l'application du fil ciré double qu'on a préparé ; on embrasse avec lui

les extrémités de chaque aiguille, et cela de plusieurs manières : celle qu'on préfère ordinairement consiste à former avec lui des croisés en 8 de chiffre et en travers sur chaque aiguille, et d'autres croisés en *x* dans l'intervalle de chacun de ces petits instruments, les disposant de telle sorte que la plaie soit couverte par les fils dans toute son étendue. On passe pour cela le milieu du fil sur l'aiguille d'en bas, on en croise deux ou trois fois les deux bouts de manière à ce que les anneaux de chaque 8 de chiffre embrassent les extrémités de l'aiguille ; après avoir croisé les extrémités du fil dans l'intervalle qui sépare la première de la seconde, on en fait de même sur celle-ci, ainsi que sur la dernière, si trois ont été appliquées ; on assujettit les bouts de fil l'un à l'autre par un nœud simple. Les espèces d'anneaux formés par le fil ne doivent être ni trop larges, ni trop serrés : dans le premier cas, le contact des lèvres de la plaie ne serait pas assez immédiat, et une hémorrhagie consécutive pourrait avoir lieu ; dans le second, l'ulcération des parties ou une inflammation vive se terminant par suppuration pourrait en être la suite.

Pour le bec-de-lièvre de la lèvre inférieure les mêmes manœuvres sont à suivre ; il faut seulement, si l'on veut éviter une fistule salivaire très-rebelle, apporter le plus grand soin à la réunion de l'angle inférieur de la plaie. Dans le bec-de-lièvre latéral, la première aiguille doit décrire un trajet direct : c'est la seule modification à apporter. La suture terminée, on place sous les extrémités des aiguilles de petites compresses pour éviter le froissement de la peau. Ces moyens suffiraient dans la plupart des cas ; cependant il est plus prudent, pour en assurer les effets, d'avoir recours au bandage unissant. On peut, chez les très-jeunes enfants, le remplacer par des bandelettes agglutinatives ; mais si le sujet est plus avancé en âge, sur-tout si le bec-de-lièvre est accidentel, l'indication devient plus précise. Pour l'exécuter, on place le plein de la bande sur le milieu du front ; on porte les deux globes au-dessous de l'occiput, on les croise, on les change de main pour les ramener en dessous des oreilles, sur les compresses carrées que l'aide maintient au-devant des masséters. Arrivé sur les côtés du nez, on fait une fente à l'un des chefs de la bande, vis-à-vis la plaie, pour y engager

l'autre, et les croiser plus aisément ; on les reconduit au-dessous de la nuque, pour les croiser de nouveau et terminer par des circulaires autour de la tête. Au lieu de fendre l'un des chefs de la bande au niveau de la plaie pour y passer l'autre, on pourrait se borner à les croiser soigneusement au-dessous du nez. L'essentiel est d'éviter les plis et d'obtenir une pression égale et douce. On pourrait même aussi, avec Desault, ne rouler la bande qu'en un seul globe, ayant soin de ramener dans le trajet de celle-ci les parties molles de la face vers la ligne médiane ; une fronde vient ensuite fixer tout l'appareil. Le pansement terminé, on prescrit le silence ; on ne permet que du bouillon, tout au plus des potages liquides avec de la semoule et du vermicelle. Toute cause de toux, d'éternuement, de ris ou de pleurs sera soigneusement éloignée ; on veillera aussi à ce que le bandage ne soit pas déplacé, si on a opéré sur un enfant.

L'adhésion est très-prompte si rien ne vient la troubler. On peut au bout de 48 heures et mieux de 72 retirer l'aiguille supérieure, en lui imprimant des mouvements de rotation, au moyen desquels elle se détache du fil ; puis on la tire à soi, en ayant grand soin de ne donner aucune secousse à la lèvre que l'on soutient, en la poussant tant soit peu sur l'aiguille, à mesure qu'on fait glisser celle-ci dans le petit canal qu'elle occupait : on recommande d'avoir la précaution de graisser d'huile ou de cérat l'extrémité qui doit traverser les tissus en sortant. Un aide tient en même temps les joues poussées en avant. Le lendemain ou surlendemain, on retire les autres aiguilles, et on laisse pour tout moyen d'union, pendant plusieurs jours, le fil qu'on soutient par la réapplication du bandage unissant. C'est vers le dixième ou douzième jour que, la cicatrice ayant acquis une solidité suffisante, tout peut être enlevé sans danger, et le sujet remis à son régime ordinaire.

Lorsque le bec-de-lièvre est double, Louis, Bell et d'autres praticiens voulaient faire l'opération en deux temps, c'est-à-dire à deux époques différentes ; mais aujourd'hui on préfère opérer en même temps les deux fentes : le malade est aussitôt guéri et l'inflammation n'est pas plus forte. S'il est devenu nécessaire d'enlever le tubercule médian à cause de son exiguité, on conçoit que l'opération est réduite à celle du

bec-de-lièvre unique. Lorsque le lambeau médian est conservé, les quatre bords sont avivés en même temps, et dans le placement des aiguilles pour la suture, on traverse tout le lambeau moyen avec ces instruments, dont les extrémités sortent à la surface des deux parties latérales de la lèvre. Ordinairement ce lambeau moyen n'est traversé que par l'aiguille ou les deux aiguilles les plus élevées; il reste après la réunion une cicatrice en V ou en Y, selon que le lambeau médian descend ou non jusqu'au niveau du bord libre de la lèvre.

Je terminerai en disant que toujours l'appareil doit être surveillé pendant les premières heures, surtout chez les enfants; en effet, il peut, par suite du défaut de contact, se déclarer une hémorrhagie, dont le sang, au lieu d'être expulsé au-dehors, serait avalé par l'enfant à mesure qu'il suinte dans la bouche. Jean-Louis Petit et Bichat citent même des cas où cet accident, qui ne devient grave que parce qu'il passe inaperçu, a pu aller jusqu'à produire la mort.

Ici se borne ce que j'avais à vous soumettre, Messieurs, sur l'importance des secours que la chirurgie vient offrir à l'être souffrant dès les premiers moments de son existence extrà-utérine. Je croirai avoir atteint mon but, si j'ai pu, par cette esquisse, obtenir les suffrages de mes Juges.

FIN.

SERMENT.

En *présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés; et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères, si j'y manque!

MATIÈRE DES EXAMENS.

1er *Examen.* Physique, Chimie, Botanique, Histoire naturelle des médicaments, Pharmacie.

2e *Examen.* Anatomie, Physiologie.

3e *Examen.* Pathologie externe et interne.

4e *Examen.* Matière médicale, Médecine légale, Hygiène, Thérapeutique.

5e *Examen.* Clinique interne ou externe, Accouchements, épreuve écrite en latin, épreuve au lit du malade.

6e *et dernier Examen.* Présenter et soutenir une Thèse.

Faculté de Médecine

DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. DUBRUEIL, Doyen.	*Anatomie.*
BROUSSONNET, *Suppléant.*	*Clinique médicale.*
LORDAT, *Examinateur.*	*Physiologie.*
DELILE.	*Botanique.*
LALLEMAND.	*Clinique chirurgicale.*
CAIZERGUES.	*Clinique médicale.*
DUPORTAL, *Examinateur.*	*Chimie médicale.*
DUGÈS.	*Pathologie chirurgicale, Opérations et Appareils.*
DELMAS, *Examinateur.*	*Accouchemens, Maladies des femmes et des enfants.*
GOLFIN.	*Thérapeutique et matière médicale.*
RIBES, Président.	*Hygiène.*
RECH.	*Pathologie médicale.*
SERRE.	*Clinique chirurgicale.*
BERARD.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ.	*Médecine légale.*

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER, *Examinateur.*
KÜNHOHLTZ.
BERTIN.
BROUSSONNET.
TOUCHY.
DELMAS.
VAILHÉ.
BOURQUENOD.

MM. FAGES.
BATIGNE.
POURCHÉ, *Examinateur.*
BERTRAND, *Suppléant.*
POUZIN.
SAISSET.
ESTOR.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.